

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

Form A (様式A)

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male・Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ . _____ . _____ 性別 男・女 _____
2. Name of Illness 傷病名

3. Date of First Diagnosis 4. Days of Diagnosis and Treatment
初診日 _____ . _____ . _____ 診療日数 _____ days
5. Type of Treatment 治療の分類
 Hospitalization
入院 From _____ . _____ . _____ , to _____ . _____ . _____ (_____ days)
 Outpatient or Home Visit _____ . _____ . _____
入院外 _____ . _____ . _____
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要

7. Prescription, Operation and any other Treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury?
治療は事故の傷害によるものですか。 Yes No
9. Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Fill in Form C
項目別治療実費 _____ 様式Cによる
10. Name and Address of Attending Physician 担当医の名前および住所
Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
Office Address 病院の住所 _____
Office 病院名 _____ Phone 電話 _____
Date 日付 _____ Signature 署名 _____
Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical Report (if applicable) 診療録の番号 _____

Request to the Dental Surgeon

歯科医師へのお願い

- Please fill in from so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the Dental Surgeon.
この様式は、歯科医師が記入し署名してください。
- One form for each month should be filled out.
各月ごとにこの様式一枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を明記ください。

Itemized receipt (Dental)

領収明細書 (歯科)

Form B (様式B)

Name of Patient (last, first) _____, _____ Age (Date of Birth) _____ (_____) Sex (Male, Female)
患者名 年齢 (生年月日) 性別 (男, 女)
Date of First Diagnosis _____, _____, _____ Day of Diagnosis and Treatment _____ days
初診日 診療日数 日間

Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth (永久歯)

Deciduous Teeth (乳歯)

R. $\frac{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}$ | $\frac{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}$ L.

R. $\frac{e\ d\ c\ b\ a}{e\ d\ c\ b\ a}$ | $\frac{a\ b\ c\ d\ e}{a\ b\ c\ d\ e}$ L.

I. Name of Illness 症病名

1. Dental Caries う蝕症 2. Missing Teeth 欠損 3. Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏 4. The Others その他

_____ | _____ | _____ | _____ | _____

| II. Dental Treatment 歯科治療 | | Localization of Teeth Examined 患歯部位 | Material 材料 | Fee 治療費 |
|------------------------------------|---------|-------------------------------------|-------------|---------|
| 1. initial Office Visit | 初診料 | | | \$ |
| 2. X-Ray Examination | X線検査 | | | \$ |
| 3. Dental Pulp Extirpation | 抜髄 | | | \$ |
| 4. Extraction | 抜歯 | | | \$ |
| 5. Filling | 充填 | | | \$ |
| 6. Inlay | インレー | | | \$ |
| 7. Metal Crown / resin | 金属冠 | | | \$ |
| 8. Post Crown | 継続歯 | | | \$ |
| 9. Jacket Crown | ジャケット冠 | | | \$ |
| 10. Bridge Work | ブリッジ | | | \$ |
| 11. Plate Denture | 有床義歯 | | | \$ |
| Partial Denture | 局部義歯 | | | \$ |
| Complete Denture | 総義歯 | | | \$ |
| 12. Treatment of Pyorrhea Alveolar | 歯槽膿漏治療 | | | \$ |
| 13. Medicine | 投薬 | | | \$ |
| 14. The Others () | その他 () | | | \$ |
| 15. Total | 合計 | (Unit is _____) | 貨幣単位 | \$ |

Name and address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前・住所

Name 名前 Last _____ First _____ Title 称号 _____

Address 住所 Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 歯科医院 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic. この様式は担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used. ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized Receipt 領収明細書

Form C (様式C)

| | | | | | |
|---|-----------|----|-------|---------|-------|
| (1) Fee for Initial Office Visit | 初診料 | \$ | _____ | | |
| (2) Fee for Follow-up Office Visit | 再診料 | \$ | _____ | | |
| (3) Fee for Home Visit | 往診料 | \$ | _____ | | |
| (4) Fee for Hospital Visit | 入院管理料 | \$ | _____ | | |
| (5) Hospitalization | 入院費 | \$ | _____ | | |
| (6) Consultation | 診察費 | \$ | _____ | | |
| (7) Operation | 手術費 | \$ | _____ | | |
| (8) Professional Nursing | 職業看護婦費 | \$ | _____ | | |
| (9) X-Ray Examinations | X線検査費 | \$ | _____ | | |
| (10) Laboratory Tests | 諸検査費 | \$ | _____ | \$ | _____ |
| Please fill in the content of the Laboratory Tests. 諸検査の内容を記入してください | | | | | |
| (11) Medicines | 医薬費 | \$ | _____ | \$ | _____ |
| Please fill in the name and the amount of an Individual medicine. 処方した個々の薬の名称と量を記入してください | | | | | |
| (12) Surgical Dressing | 包帯費 | \$ | _____ | | |
| (13) Anaesthetics | 麻酔費 | \$ | _____ | | |
| (14) Operating Room Charge | 手術室費用 | \$ | _____ | \$ | _____ |
| (15) Others (Specify) | その他(項目明記) | \$ | _____ | \$ | _____ |
| (16) Total | 合計 | \$ | _____ | Unit is | _____ |
| 貨幣単位 | | | | | |

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for a luxurious room charge.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名前 Last 姓 First 名 Title 称号 _____

Office Address 住所 _____

Office 病院名 Phone 電話 _____

Date 日付 Signature 署名 _____